



Para uso exclusivo en la oficina: Referencia

Núm. de queja

SECCIÓN I. Información del empleado (Nota: imprima o escriba toda la información).

Nombre:

Primer	Inicial del segundo nombre	Apellido

Núm. de seguro social (SSN)/Nro. de identificación personal del contribuyente (ITIN) (últimos cuatro dígitos):

Domicilio:

Calle	Ciudad	Estado	Código postal

** Si cambia su domicilio o número de teléfono después de enviar este formulario, comuníquelo inmediatamente **por escrito** al Servicio de Estándares de Empleo (ESS). Si el ESS no puede ponerse en contacto con usted, su reclamo será desestimado.*

Teléfono diurno:

Dirección de correo electrónico:

Fecha en la que fue contratado:

Último día de trabajo:

Puesto de trabajo/función:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

SECCIÓN II. Información del empleador

Nombre del empleador:

¿El empleador sigue en actividad? Sí No Cantidad de empleados 1 a 14 15 o más
(incluidos los que trabajan a tiempo completo, a tiempo parcial, temporalmente y por temporada)

Domicilio del empleador:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre de la corporación, si la hubiere:

Contacto del empleador:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre del supervisor directo:

SECCIÓN III. Información laboral

1. ¿Regularmente trabaja más de 12 horas a la semana? Sí No

2. ¿Trabaja en el sector de la construcción? Sí No

En caso afirmativo, ¿está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva? Sí No

3. ¿Trabaja en el sector de la salud y los servicios humanos a demanda? Sí No

4. ¿Es un contratista independiente? Sí No

5. ¿Está empleado por una agencia de servicios temporales? Sí No

6. Estado laboral con este empleador. Todavía empleado Renunció Despedido

(En caso de que sea despedido, indique la razón):

7. ¿Qué tipo de trabajo realiza? (Por ejemplo: carpintería, ingreso de datos, enfermería):

8. Enumere los deberes y las responsabilidades principales:

9. Domicilio, ciudad, estado y código postal donde se realizó el trabajo:

10. ¿En qué condado/ciudad realizó el trabajo?:

11. Tarifa de pago: USD

¿Con qué frecuencia le pagaban?: Semanal Quincenal Mensual Bimensual Otro (explicar)

12. ¿Tiene una copia de la política de su empleador en cuanto a la licencia acreditada por enfermedad y seguridad?

Sí No

En caso afirmativo, proporciónela.

13. ¿Tiene registros de la cantidad de licencias acreditadas por enfermedad y seguridad que están disponibles para su uso?

Sí No

En caso afirmativo, proporciónelos.

14. ¿Fecha en la que ocurrió la infracción a la licencia acreditada por enfermedad y seguridad?

15. Cantidad total de horas de licencia acreditada por enfermedad y seguridad que está reclamando.

16. ¿Cómo cree que se produjo la infracción a la licencia acreditada por enfermedad y seguridad?

- No se me permite utilizar la licencia acreditada por enfermedad y seguridad.
- No se me compensa correctamente por la licencia acreditada por enfermedad y seguridad.
- No se me permite acumular la licencia acreditada por enfermedad y seguridad con licencia de un año al otro.
- Se me exige que encuentre un reemplazo del trabajador.
- Se me exige que recupere las horas perdidas. Se me exige que proporcione documentación médica.
- No se me proporciona el aviso de derechos del empleado.
- No se me proporciona la licencia acreditada por enfermedad y seguridad
- Se han tomado represalias en mi contra por solicitar la licencia acreditada por enfermedad y seguridad ganada, usar de licencia por enfermedad, o presentar una declaración de queja
- Otro

SECCIÓN IV. Detalles de la queja y de la declaración de hechos

1. En el espacio que figura a continuación, proporcione detalles, incluidas las fechas, sobre la presunta infracción. Sea lo más específico posible y adjunte hojas adicionales si es necesario.

En el espacio que figura a continuación, proporcione detalles, incluidas las fechas, sobre la presunta infracción. Sea específico e incluya la fecha y el lugar en que se produjeron las presuntas infracciones. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

<u>Daño específico</u>	<u>Fecha(s)</u>	<u>Ubicación (Ubicaciones)</u>

2. ¿Alguno de los asuntos mencionados anteriormente está pendiente en un tribunal estatal o federal? Sí No

V. Certificación y firma

POR LA PRESENTE CERTIFICO que las declaraciones aquí contenidas, con la inclusión de cualquier archivo adjunto, son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender. Comprendo que la aceptación de esta queja por parte de la División de Trabajo e Industria de Maryland no garantiza la compensación. AUTORIZO a la División de Trabajo e Industria a recibir el dinero pagado y enviármelo bajo mi propia responsabilidad.

Firma del empleado: Fecha:

Nombre del empleado (impreso):

En la medida de lo posible, el comisionado mantendrá su identidad confidencial a menos que usted renuncie a la confidencialidad marcando esta casilla

Departamento de Trabajo
División de Trabajo e Industria
Servicio de Estándares de Empleo
1100 North Eutaw Street, Room 607
Baltimore, MD 21201
Número de teléfono: (410) 767-2357

Revisado 7/19